Münster 1937 No 102 Med DiSS

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster/Westf.
Direktor: Prof. Dr. Julius K. Mayr.

# Zur Kasuistik der Artefakte.

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der Zahnheilkunde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster/Westf.,

vorgelegt von

**Otto Meyer,**
approb. Zahnarzt
aus Cloppenburg i. Oldenburg.

1937

Druck: Handelsdruckerei C. Trute, Quakenbrück.

Dekan: Prof. Dr. K. W. Jötten.

Referent: Prof. Dr. J. K. Mayr.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität
Münster i. W.

Artefakte sind künstlich hervorgerufene Hautveränderungen, die spontane Hautkrankheiten vortäuschen sollen. Da es in solchen Fällen auf einen Betrug geradezu abgesehen ist, kann der Arzt oft genug in Verlegenheit geraten und sich in der Diagnose irren. Wenn er in der Analyse und Bewertung solcher Vorkommnisse nicht genug Geschicklichkeit und Erfahrung besitzt, so schöpft er nicht einmal Verdacht, zumal wenn der Täuschungsversuch mit Vorsicht und Raffinement in Szene gesetzt wird.

Um den Verdacht auf Artefakte genauer zu begründen, haben wir zunächst auf eine ganze Fülle von Einzelheiten zu achten:

In den Augen der Simulanten hat die Haut als Objekt ihrer Bestrebungen vor anderen Organen viele offensichtliche Vorzüge. Das kommt einmal von der Mannigfaltigkeit und Einfachheit der Mittel, auf der Haut Veränderungen hervorrufen zu können, z. B. mechanische Werkzeuge bis zum Fingernagel, Wärme in Form der Flamme, heißer Flüssigkeiten oder erhitzter Körper und besonders chemische Agentien; sodann von der Leichtigkeit, mit der die verschiedensten krankhaften Symptome vom Erythem und der Quaddel angefangen bis zur Gewebsnekrose sich herstellen lassen; ferner von der meist verhältnismäßig geringen Schmerzempfindung, von der Gewißheit, damit als krank betrachtet zu werden und von der fast immer wieder wenigstens funktionelle Restitution bringenden Heilung, die den Fälscher vor dauernder Schädigung bewahrt.

So ist es denn auch vielfach ohne weiteres möglich, eine Verätzung, Verbrennung usw. in frischem Zustand auf den ersten Blick zu diagnostizieren, obwohl der Kranke fest behauptet, die Krankheit sei ganz von selbst entstanden, ja der Dermatologe kann vielleicht aus charakteristischen Färbungseigentümlichkeiten eines Schorfes u. dgl. m. ohne weiteres erschließen, welches chemische Mittel angewandt wurde. Allerdings kommen gerade Folgen solcher Verätzungen dem Arzt in vielen Fällen erst dann zu Gesicht, wenn der Schorf sich bereits gelöst hat und ein Geschwür von vieldeutigem Aussehen vorliegt. Der zielbewußte Betrüger wird auf seine Hautveränderung womöglich erst in diesem Zustande aufmerksam ma-

chen und auch eher Selbstbeschädigungen vermeiden, die durch charakteristisches oder groteskes Aussehen sofort Verdacht erregen können.

Den meisten Simulanten fehlt es an den Kenntnissen und am Interesse, eine bestimmte Dermatose in allen ihren klinischen Einzelheiten imitieren zu wollen. Es genügt ihnen, daß sich an ihrer Haut überhaupt etwas Krankhaftes befindet. Aber es gibt auch Fälle, in denen es das Sachverständnis des Simulanten wagt, selbst subtile Details einer spontanen Dermatose nachzeichnen zu wollen. Es handelt sich dann meist um dermatologisch geschultes, ärztliches Hilfspersonal oder um Patienten, die durch längeren Aufenthalt in Kliniken Erfahrungen gewonnen haben. Bettmann berichtet von einem Mann, der durch multiple, leichteste Verätzungen eine Roseola syphilitica imitieren wollte. Bei einer Krankenschwester, die eine zeitlang in einer dermatologischen Klinik tätig war, fand er Geschwürsartefakte, die als Tuberkulose imponieren konnten. Sie hatte die Geschwürsränder so bearbeitet, daß diese den unregelmäßigen, weichen Konturen ulcerierter Lupusherde entsprachen. Eine Arzttochter hatte sich in die Tiefe der Haut zahlreiche kleinste Tröpfchen Salpetersäure injiziert, um damit Lupusinfiltrate vorzutäuschen.

Vorgeschichte, Befund und Verlauf der Hautkrankheiten lassen oft die betrügerischen Absichten der Patienten erkennen. Auffallen müssen schon die Angaben der Kranken selbst. Es ist merkwürdig, daß Unfall und Stoß als Ursache ihrer Hautkrankheit angegeben wird, wie in den Krankengeschichten unserer Klinik oft zu sehen ist. Es ist eigenartig, daß früher durch Unfall betroffene Körperstellen eine besondere Neigung verraten, wiederholt durch Unfälle zu leiden und einen Lieblingssitz für diese Art von Dermatosen zu sein. Eine andere merkwürdige Eigenschaft dieser Dermatosen ist die oft Tage, Wochen, ja Jahre betragende Latenzzeit zwischen Trauma und Ausbruch der Hauterscheinungen und die Zeit der Erscheinung selbst. Die meisten Patienten jedoch leugnen eine äußere Ursache. Ihr Leiden soll entweder durch die Tatsache, daß sie an dieser Stelle oder in deren Nähe früher eine offene Wunde hatten, erklärt werden, oder es soll eine durch Erkältung zugezogene rheumatische, oder was meist angegeben wird, eine „von allein" kommende Entzündung entstanden sein, oder der behandelnde Arzt habe die bestehende Affektion durch Bestrahlung und Medikamente nur noch verschlimmert. Aus den Krankengeschichten erfährt man gelegentlich nicht nur, daß anfänglich harmlose Affekte ohne ersichtlichen Grund mit der Zeit einen immer bösartigeren Charakter annehmen, sondern auch, daß statt eines lange bestehenden Geschwürs plötzlich mehrere vorhanden sind. Paradox sind häufig auch die Klagen der Artefaktträger. Eine geringfügige Veränderung der Haut kann mit so starkem und eigenartigem Jucken und Brennen ein-

hergehen, daß diese einen Verdacht der Übertreibung erwecken müssen. Ferner verraten sich die Simulanten in der Anamnese manchmal durch Verwirrung und ein Herunterleiern zurechtgelegter Angaben.

Doch nicht nur die Vorgeschichte, auch der klinische Befund gibt Rätsel auf. Wir sehen Erscheinungen auftreten, die bei anderen Menschen an gewisse Voraussetzungen gebunden sind, z. B. chronische Unterschenkelgeschwüre, die hier nicht auf Krampfadern, Stauungen, Narben usw. zurückzuführen sind. Fast stets sucht man auch vergeblich nach einer Infektion, einer Pyodermie oder einem chronischen Ekzem,die den ungünstigen Heilungsverlauf erklären können. Weiter ist auffallend, daß von den drei sichtbaren Stadien jeder Hautaffektion, der Entwicklung, dem Höhepunkt und der Rückbildung fast niemals das erste wahrnehmbar ist, sondern wir das Krankheitsbild auf seinem Höhestadium finden. Noch eines muß auffallen, nämlich die innere Ähnlichkeit, die alle diese Krankheitsbilder verbindet. Es muß Wunder nehmen, daß von der großen Zahl von Läsionen, die selbst unter Vernachlässigung der alimentären und der Arzneiexantheme artefiziell entstehen können, hier nur so wenige Typen, eigentlich nur Blasen und Nekrosen bezw. Geschwüre auftreten. Das dürfte aber nur daher kommen, daß leichtere Formen wie Erytheme, Quaddeln und Dermatitiden den noch später zu besprechenden Zweck ihres Krankseins nicht stark genug erkennen lassen.

Merkwürdig ist die oft scharfe, gradlinige Begrenzung der künstlich provozierten Hauterscheinungen, die unmöglich natürlich bedingte, geometrische Figuren, wie Vierecke, Kreise,, Ellipsen usw. bilden, wohl aber Abdruck von Gegenständen dieser Form sind. — Sitz und Gesamtanordnung der Veränderung bestätigt zumeist den Artefaktverdacht. Fast immer liegen die Effloreszenzen im Bereich der Hände, allerdings ist bei Zuhilfenahme von Werkzeugen keine Körperstelle unerreichbar. Bei unseren Patienten ist vorwiegend die linke Körperseite bearbeitet worden. In vielen Fällen bleiben die Artefakte zunächst auf eine einzige Extremität beschränkt. Das Gesicht wird gewöhnlich lange Zeit oder dauernd von tiefergreifenden Veränderungen verschont, wenn die Kranken nicht eine Beachtung geradezu erzwingen wollen. Von einzelnen, den noch später zu besprechenden hysterischen Personen, werden Brüste und Genitalien wegen der oft krankhaften Sexualität dieser Personen bevorzugt. Bei manchen Personen erkennt man besonders distalwärts von einer größeren Effloreszenz nach abwärts verlaufende Entzündungsbezirke, Blasen oder Ulcerationen, die durch ihre Gestalt dem Beobachter den Gedanken an eine Entstehung durch herabrinnende Flüssigkeit geradezu aufdrängen. Eine Tatsache, die wir sonst nirgends beobachten können, ist der nicht selten hochgradig akut ent-

zündliche Charakter solcher Dermatosen mit lokaler Temperaturerhöhung, frischer Rötung, frisch entzündlicher Schwellung und oft heftiger Druck- und Schmerzempfindlichkeit bei Affektionen, die angeblich mehrere Jahre alt sind, wie überhaupt die meist angegebene Chronizität der Erscheinungen häufig in erstaunlichem Gegensatz zu dem frischen und verhältnismäßig unbedeutenden Anblick steht, den sie darbietet.

Unterläßt man, diese Dermatosen durch frische Okklusivverbände zu schützen, so wird man meist nach kurzer Beobachtungszeit Verschlimmerungen beobachten. Diese zeigen sich höchst selten durch eine gleichmäßige Vergrößerung der vorhandenen Effloreszenz, sondern fast immer durch Apposition oder sogar Superposition. Vergrößert sich ein Ulcus, so kann es das in der Weise tun, daß es an einer Stelle „über Nacht" eine erhebliche Vergrößerung aufweist, während es sich an den übrigen Stellen des Randes ungestört konzentrisch verkleinert. Eine sehr charakteristische Eigenschaft dieser Dermatosen ist die, daß derartige Verschlimmerungen ganz gesetzmäßig eintreten, wenn sie nahezu abgeheilt sind, kurz vor oder nach der Entlassung des Kranken.

Alle klinischen Zeichen deuten meist trotz der behaupteten Hartnäckigkeit und Bösartigkeit auf die Gutartigkeit des Prozesses hin, die die besten Heilungsaussichten verspricht. In der Tat ist bei entsprechender Fürsorge der plötzliche Umschwung in der Heilungstendenz bei diesen manchmal jahrelang in den verschiedensten Krankenhäusern und bei Aerzten ambulant behandelten Kranken die erstaunlichste Eigenschaft ihrer Krankheit. Der Arzt braucht nur neuen Schädigungen vorzubeugen, was mit der Anlegung von Gipsverbänden leicht und sicher getan ist. Auf ein Geständnis darf man natürlich nicht sofort rechnen, und nur in verhältnismäßig wenigen Fällen wird man das corpus delicti oder Reste desselben auf der Haut, im Anzug oder in den mitgebrachten Paketen finden. Bisweilen finden sich Teilchen von reizenden Pflastern, Bestandteile von pflanzlichen oder tierischen Reizmitteln, Flecke oder Schorfe auf der Haut, in denen chemisch oder mikroskopisch der Nachweis des verwandten Ätzmittels geführt werden kann.

Bei richtiger Wertung des Befundes lassen sich Fehldiagnosen, wie sie hier gelegentlich von überweisenden Ärzten gestellt wurden, z. B. Herpes zoster, neurotrophische Hauterscheinungen, Pemphigus chronicus, tuberkulöse Geschwüre, Pernionen, Carcinome, Lues II und III, mit Sicherheit vermeiden. Schwierig, oft unmöglich ist die Diagnose, wenn die Haut auf die Insulte oder eine ungeeignete Behandlung mit Ekzem reagiert oder wenn sich sekundär eine Infektion eingestellt hat, wodurch das Artefakt als solches nicht mehr erkannt werden kann. Das Verreiben infektionären Materials von an Pyodermie, Trichophetie, Favus usw. leidenden Personen oder

Tieren in die Haut, läßt oft eine künstliche Erzeugung erkennen. Auch an die Möglichkeit, daß jemand eine ihm bekannte Idiosynkrasie gegen gewisse Speisen oder Medikamente zur Selbstschädigung benutzt, muß gedacht werden. Manche wählen nicht die Haut allein zu ihrem Betätigungsfeld, sondern ziehen noch andere Organe zur Unterstützung heran. So wird von artefiziellen Conjunctivitiden und Mittelohrkatarrhen berichtet. Eingeschleppte Hautdiphtherie, Blasenbildungen auf Grund einer Syringomyelie und die Epidermolysis bullosa wurden oft als beabsichtigte Selbstschädigungen gedeutet. Differentialdiagnostisch interessant ist ein von Bettmann beschriebener Fall: Eine junge Dame hatte eine sonderbare Dermatitis, die zu starken ödematösen Schwellungen des Gesichtes führte und immer wieder Verschlimmerungen und Rückfälle zeigte, die sich mit einer lächerlichen Regelmäßigkeit am Sonntagmorgen fanden. Der Hausarzt war schon wegen dieses sonderbaren Umstandes überzeugt, daß nur Artefakte in Frage kommen könnten. Tatsächlich aber handelte es sich um eine Primel-Dermatitis, deren Verschlimmerung und neue Schübe sich daraus erklärten, daß die Patientin am Samstagnachmittag ihre Blumenkästen besorgte.

Es besteht die Gefahr, daß der Arzt aus psychologischer Verkennung, weil er dem Klienten einen Betrug überhaupt nicht zutraut, die Möglichkeit der Artefakte nicht in Betracht zieht.

Die Behandlung der Artefakte ist denkbar einfach. Bei größeren stark sezernierenden Wunden oder tieferen Nekrosen gelten die allgemeinen Behandlungsvorschriften. Zur Beschleunigung der Abstoßung nekrotisierender Gewebsteile gebrauchten wir Sal.-Resorcin-Umschläge. Läßt die Sekretion nach, so genügt ein durch einen festen Okklusivverband geschützter Borsalbenverband. So einfach die Behandlung an sich ist, so schwierig ist es oft, den Heilungsprozeß vor böswilligen Störungen durch den Kranken zu sichern. Hierzu schreibt v. Crippa, daß sich der Drückeberger zu helfen weiß. Unter dem noch feuchten Gipsverband z. B. am Unterschenkel läßt er seine Muskeln spielen; wenn es ihm möglich ist, geht er auf und ab, stellt sich auf die Zehen, bewegt den Fuß extrem wie nur möglich. Durch diese Bewegungen bezweckt er eine Dehnung des Verbandes, so daß derselbe nach Erstarrung nicht eng den Unterschenkel umschließt. Nun fährt er mit einem feinen Draht zwischen Verband und Haut von oben nach unten durch, befestigt unten mit einem Faden ein Leinwandläppchen, das er mit einer reizenden Substanz getränkt hat, bringt es durch Durchziehen des Drahtes an die gewünschte Stelle, läßt das reizende Mittel nach seiner Erfahrung entsprechend lange wirken und entfernt dann dasselbe durch völliges Herausziehen.

Wichtig ist es, den Simulanten nicht darüber im Zweifel zu lassen, daß man über die Entstehung seines Hautleidens durchaus Be-

scheid weiß. Eine Drohung mit Strafe irgend welcher Art hat oft zur Bekämpfung des Übels beigetragen.

Die Ätiologie der Selbstbeschädigung zeigt nach Bettmann zwei Gruppen von Patienten:

I. Psychisch Abnorme und Abnormisierte, Hysteriker und Psychopathen.

II. Psychisch intakte, bewußt vorgehende Simulanten, die sich irgend welche Vorteile verschaffen wollen.

Um diagnostisch und therapeutisch für diese Patienten sicher zu gehen, ist eine neurologische Untersuchung auf Reflexreaktionen und andere hysterische Momente nötig.

Sack hat in ausgedehnten systematischen Untersuchungen darauf hingewiesen, daß die Haut als Ausdrucksorgan seelischen Geschehens dient. Perutz stellt demnach bei drei Typen von Hauterkrankungen psychokutane Wechselbeziehungen fest. Dies sind:

I. Artefakte,

II. Hauterscheinungen bei der Hysterie,

III. Hauterscheinungen bei den Zwangsneurosen.

Die künstlich erzeugten Hauterkrankungen und die Hauterscheinungen der Hysterie haben enge Beziehungen zueinander. Man neigt dazu, die Diagnose „Simulation" immer mehr zu vermeiden. Der Übergang von Hysterie zu Simulation ist bei Babinski und Forster ein fließender.

I. Bei den Artefakten kann man zwei Gruppen voneinander trennen:

1. Erscheinungen an der Haut, die eine bewußte Täuschung bezwecken. (Simulationsdermatosen im engeren Sinne; Dieulafoy bezeichnet die zu Simulationszwecken hervorgerufenen Hautaffektionen als „Pathomimie"). Diesen psychisch intakten Patienten sollen die Artefakte das Mittel sein, sich unberechtigte Vorteile zu verschaffen, wie Befreiung von unwillkommener Arbeit, Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, Befreiung vom Schulbesuch bei Kindern, Krankengeld oder Rente herauszuschlagen, sie aus einer unerwünschten Lebenslage (Gefangenschaft, Zuchthaus usw.) zu befreien, sich den militärischen und staatsbürgerlichen Pflichten zu entziehen usw. Kriege und Nachkriegszeiten aller Länder haben die Ärzte mit dieser Gruppe von Patienten in reichem Maße beschäftigt.

Jahrmarktsschreier, Schaubudenartisten, Bettler und sonstige armselige Individuen verletzen und verstümmeln ihren Körper, um von ihren Mitmenschen bemitleidet und dadurch unterstützt zu werden.

Von wichtiger praktischer Bedeutung sind die Artefakte der Rentenjäger und Rentenneurotiker, die bewußt simulieren. Im An-

schluß an eine Berufskrankheit oder -Unfall kommt es ihnen gelegen, die Wunden durch irgend welche Manipulationen an der Heilung zu hindern oder sogar noch zu verschlimmern, um so durch ihre strafbaren Handlungen die Wohlfahrtseinrichtung, Unfallversicherung und Krankenkasse geschäftlich auszunützen.

Zur Bekämpfung der simulierten Artefakte haben Behandlungen in Kliniken und Krankenhäusern wesentlich beigetragen. Bei tatsächlich erwiesener Simulation und erschlichener Rente ist diese hinfällig, und es kann deswegen Restitutionsklage erhoben werden. Simulanten werden wegen Betruges verurteilt nach Strafgesetz § 263.

2. bewußt gesetzte Veränderungen an der Haut, die psychisch bezw. psychopathologisch bedingt, gewisse Einstellungen und Triebe sichtbar zur Schau stellen wollen. Dazu gehören die Schmucknarben primitiver Rassen und Stämme, die Bemalung des Mons veneris nackt gehender Naturvölker, Sitten und Bräuche, die den ornamentalen Sexualcharakteren im Tierreich nahestehen. Hierbei spielt die sexuelle Note eine große Rolle, während die Tätowierungen der Kulturvölker Artefakte sind, die einem gewissen Geltungs- und Nachahmungstrieb sichtbaren Ausdruck verleihen und bei psychisch defekten Individuen und Prostituierten anzutreffen sind.

II. Die Äußerungen an der Haut bei den Hysterikern sind nicht so grob, sondern der feineren, intellektuellen Veranlagung dieser Patienten entsprechend nimmt die Haut als Ausdrucksorgan seelischer Not den Charakter einer Erkrankung an. In dieser Gruppe können zwei verschiedene Arten von Hauterkrankungen festgestellt werden:

1. Dermatosen, die artefiziell mit raffiniertesten Kunstgriffen erzeugt werden, bei denen aber das Motiv zwar Täuschungsabsicht, die Ursache dagegen nur der Wille krank zu sein, die „Flucht in die Krankheit" ist. Diese Patienten wollen durch ihre Artefakte die Aufmerksamkeit auf sich lenken, Mitleid ihrer Umgebung erregen, sie zwingen, sich mit ihnen zu beschäftigen, sich den Reiz verschaffen, sie und den Arzt zum besten zu halten und zu betrügen. — Nach Kraepelin ist ein erheblicher Teil der hysterischen Krankheitserscheinungen als krankhaft umgewandelte und verstärkte Entladungen von Gemütsbewegungen anzusehen. Solche hysterische Reaktionen an der Haut finden wir in der Mehrzahl bei weiblichen Patienten, bei denen in der modernen Hysterieauffassung nach Kretschmer die hysterischen Symptombilder die tendenziöse Komponente, den Zweck durchblicken lassen, sei es in Form eines aktiven Begehrens oder eines passiven Sichflüchtens, eines Willens zur Krankheit oder einer Flucht in die Krankheit. Kutzinski spricht von der erleichterten Umsetzung ins Motorische, der gesteigerten Ausdruckstendenz, dem Fortfall von leitenden Hemmungs-

vorstellungen, die die Hysterischen zu impulsiven Selbstverletzungen und Gewalttaten führen und sie oft zu den schändlichsten Verbrechern und armseligsten Märtyrern machen. Durch die Unempfindlichkeit ihrer Haut unterstützt, zerbeißen die Kranken diese, verletzen die Vagina, verschlucken Nadeln, Glasscherben, Zahnbürsten u. dgl. m.

Die Flucht aus der Wirklichkeit, aus der Gefahrzone, aus der unerträglichen Situation in die Krankheit macht sich bei den Kranken oft von der schwersten seelischen Umformung bis zur bewußten Simulation geltend. Während der überführte Simulant die Selbstbeschädigung klein zugibt, trachtet der eine Krankheit simulierende Hysteriker die Fiktion eines autochton entstandenen Hautleidens mit Hartnäckigkeit aufrechtzuerhalten und Mittel und Wege zu finden, neuerlich zu täuschen, Rezidive auftreten zu lassen und seine Umgebung von der Echtheit seiner Erkrankung zu überzeugen. Daß der Übergang aus der hysterischen Gewöhnung zur Vortäuschung häufig ist, haben gerade die Kriegserfahrungen, die der Einteilung Kretschmers zugrunde liegen, gelehrt.

2. die nich manuell oder durch keine fremde Beihilfe entstandenen hysterischen Hautkrankheiten, eigentlich psychogene Vasoneurosen, wozu Perutz den Herpes hystericus rechnet, wobei immer wieder die Frage des artefiziellen Entstehens dieser Erkrankung aufgeworfen wird. Doch setzen sich Kreibich, Polland, Werther u. a. für die Psychogenese der Affektion ein; ferner die mit verschiedenen Namen bezeichnete Dermatose wie: hysterische - akute multiple - und multiple neurotische Hautgangrän. Herpes zoster gangraenosus atypicus, spontane Hautgangrän, hysterische Hautnekrose. Eine Reihe von Forschern, unter denen Török zu nennen ist, haben sich gegen die Psychogenese dieser Erkrankung ausgesprochen und sie in die Gruppe der Artefakte eingereiht.

III. Diese Gruppe psychokutaner Wechselbeziehungen bilden die als Zwangserscheinungen psychologisch gewerteten und den hysterischen Artefakten ähnlichen und verwandten Krankheitsbilder z. B. das von Fournier unter dem Namen „Dermatothlasie" beschriebene Krankheitsbild, die Reihen von Manien (Tricho-, Onychotillomanie) und Phobien und den von Sack beschriebenen Pruritus als Sensibilitäts- und Sexualneurose.

Auf Grund zahlreicher Kasuistiken haben viele Autoren gezeigt, daß alle Krankheitsbilder der systematischen Dermatologie gelegentlich eine psychische Genese haben können, soweit es sich nicht um erbbiologisch und entwicklungsmechanisch bedingte Störungen handelt. Hierbei ist zu betonen, daß gerade die psychogenen Dermatosen infolge der besonderen Bedingungen ihrer Entstehung oft atypisch sind und daher den Artefakten gegenüber besondere

differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Mayr glaubt, obwohl niemand die Psychogenese von Hautkrankheiten leugnen kann, daß diese doch als einzige Ursache einer Dermatose zu den Seltenheiten gehört.

Zur Frage der Psychogenese der Hautsymptome hat Bunnemann Fälle von Hauterkrankungen mit Symbolcharakter beschrieben. Die Deutung dieser psychogenen Hautphänomene auf gewisse inhaltlich bestimmbare seelische Verhaltungsweisen kann nie exakt und allgemeingültig sein. Hier mögen auch die sonderbaren Phänomene erwähnt werden, die als „psychische Infektion" beschrieben werden: Merklen erwähnt einen Mediziner, der unmittelbar nach einem Vortrag Hardy's über Urticaria an Händen und Armen von Quaddeln befallen worden sei.

Zu erwähnen sind noch die Hautveränderungen durch die gesteigerte Auto- und Fremdsuggestion bei der Hysterie. Heller und Schultz erzielten auf hypnotischem Wege Blasenbildung. Dieser Versuch ist von Herxheimer kontrolliert worden. Charcot berichtet von der gelungenen Suggestion des blauen Ödems. Kohnstamm sagt: Ich sah einen Patienten, der unter meinen Augen in wenigen Minuten, während deren ich ihn beobachtete und Artefakte ausschließen konnte, an einer von mir ohne Berührung bezeichneten Stelle des Gesichts eine Quaddel entstehen ließ. Schindler hat die neuesten Beobachtungen mit allen nur denkbaren Kontrollen durchgeführt. Er berichtet von Frauen mit schwerer Hysterie, bei denen es gelang, spontane Ekchymosen von beliebiger Form und Größe durch hypnotische Suggestion selbst unter enganliegendem Gipsverband hervorzurufen. (Ausführlichste Krankengeschichten, internistisch durchuntersucht im Krankenhaus München-Schwabing).

In neuester Zeit hat die Stigmatisation der Therese Neumann von Konnersreuth die Frage der psychogenen oder artefiziellen Bildung von Wundmalen und Hautblutungen in den Vordergrund gerückt. Die moderne Wissenschaft verhielt sich der Ansicht der Kirche gegenüber skeptisch und ablehnend. Jacobi hat die bisherigen Fälle von Stigmatisation und die ärztlichen Gutachten darüber zusammengestellt. Viele Autoren haben sich für die Echtheit dieser Phänomene erklärt, obwohl an dem Vorliegen typischer hysterischer Mechanismen nicht zu zweifeln ist.

Zum Schluß noch einiges über die Therapie der hysterischen Artefaktträger:

Wenn sich ein Artefakt hysterischer oder nervöser Patienten der medikamentösen und physikalischen Behandlung und seinem Verlauf refraktär erwiesen hat, so wird ein zielbewußtes psychotherapeutisches Vorgehen manchmal mit einem Schlage, manchmal auch erst nach Aufwand von viel Mühe und Geduld zum Erfolg führen. Albers definiert die moderne Psychotherapie als eine

„naive, unsystematische" Psychotherapie, wozu er den Trost, Ablenkung, Zerstreuung, Arbeitstherapie, Milieuwechsel und Aufenthalt in einer Anstalt rechnet. Im Gegensatz dazu stehen die „systematisch" durchgeführten psychischen Behandlungen, die Persuasionsmethode, die Suggestion und Hypnose.

Anschließend führe ich die Krankheitsfälle an, die an der Universitätshautklinik zu Münster seit dem Bestehen der Klinik vom Jahre 1925 an, einwandfrei als Artefakte diagnostiziert wurden.

1926/Fall 1. R., Emma, Haustochter, 26 Jahre.

Anamnese: Als Kind Masern. Mit 15 Jahren wurde Bleichsucht und nervöses Herzleiden festgestellt. 1925 Blutvergiftung an der linken Hand, die operiert wurde. Im Dezember 1925 fiel Patientin (wie, ist ihr unbekannt!). Das linke Knie schwoll an. Drei Tage später trat an dieser Stelle eine Blase unter starken Schmerzen auf. Am linken Bein abwärts erschienen dann im Laufe der Zeit neue Blasen. Am 27. 4. 26 kam Patientin ins Soester Krankenhaus, wo Blasen am rechten Arm, rechten Fuß, linken Arm, nacheinander entstanden. Seit drei Wochen ist auch Brust und Gesicht befallen. Da alle Behandlungsversuche fehlschlugen, wird sie hier der Hautklinik überwiesen mit der Diagnose Pemphigus traumaticus.

Befund: Bei der in gutem Ernährungszustande befindlichen Patientin sieht man im wesentlichen eine auf die Vorderfläche des Körpers beschränkte eigenartige Hautaffektion, die in einzelnen, zum Teil sehr scharf begrenzten Herden auftritt. Diese Herde haben nicht die sonst üblichen runden oder längsovalen Abgrenzungen, sondern sie zeigen scharf rechtwinklige Grenzlinien, z. T. wie mit dem Lineal gezogen gegen die gesunde Haut abgesetzt. Die Streckseiten der beiden Unterschenkel zeigen von Epidermis nicht mehr bedeckte Stellen, bei denen das Corium freiliegt, daneben krustöse Auflagerungen, Blutborken und Blasen in verschiedener bis Fünf-Markstückgröße, deren klarer, nur mäßig eitrig getrübter Inhalt alkalisch reagiert. An einzelnen Stellen sind vollständig abgeheilte Herde vorhanden, die lediglich noch etwas schuppen, bei denen aber ebenfalls noch die eigenartig rechteckige Form der Begrenzung bemerkbar ist. Im Gesicht finden sich die schweren Zerstörungen nicht, wohl aber auf der Stirn, auf der Nase und auf den Wangen ist eine eigenartige Rötung mit einem etwas bräunlichen Farbton vorhanden, unscharf begrenzt, aber doch in einer Ausdehnung, wie sie mit keinem der bekannten Krankheitsbilder der Gesichtshaut vereinbar ist. Die oberen Extremitäten sind im wesentlichen bis auf diejenigen Stellen frei von Veränderungen, auf welchen sich die Gliedmaßen bei richtiger Rückenlage aufzulegen pflegen. Im übrigen ist der Rücken, das Gesäß, die Beugeseiten der unteren Extremitäten und fast die vordere Rumpffläche frei. Temperatur normal.

Verlauf: Da die Stellen im Gesicht einen eigenartigen scharfen Geruch boten, der an irgendeine essigähnliche Flüssigkeit erinnerte, zeigte doch die Reaktion mit Lakmuspapier nichts Wesentliches. Doch die Vermutung eines gebrauchten Ätzmittels wurde bald bestätigt durch eine Untersuchung des Stationsarztes im Gepäck der Patientin während ihrer Abwesenheit im Bade. Man fand bei ihr einen Karton mit zwei Flaschen russischen Spiritus aus der Schwanenapotheke in Soest und daneben ein ganzes Arsenal von Gummiflicken, rechteckig und z. T. auch etwas mehr rund geschnitten, auf denen dicke Wattebäusche festgeklebt waren, die dazu dienten, mit dem russischen Spiritus getränkt auf die Haut aufgebunden zu werden. Auch für dieses Aufbinden fanden sich in Gestalt von alten Taschentüchern und Leinenlappen die notwendigen Instrumente vor. Diese zugeschnittenen Lappen paßten genau auf die von der Epidermis entblößten Stellen. — Patientin gibt zu, sich selbst geätzt zu haben. Auf psychotherapeutische Beeinflussung entstehen keine neuen Blasen mehr. Die alten Stellen zeigen nach Eröffnung, Pinselung mit Arg.nitr., feuchten Sal.-Resorcin-Umschlägen, Zinkpaste und Borvaseline und Bettruhe gute Heilungstendenz, so daß Patientin nach 4 Wochen als geheilt entlassen wird.

Diagnose: Nach dem Befunde, dem bisherigen Verlauf und den besonderen Umständen ist es somit unzweifelhaft, daß es sich um artefizielle Verätzungen handelt. Das psychische Verhalten der Patientin erscheint zunächst nicht abnorm. Durch mehrfaches Verhör haben sich noch gewisse Ergänzungen ergeben: So gibt sie an, daß sie im Anfang zu Einreibungen „flüchtiges Liniment" verwandt hätte, und daß sie später erst an den russischen Spiritus gekommen sei. Bei den verschiedenen Befragungen gab Patientin als Gründe für ihre Handlungsweise Verschiedenes an. Diese Angaben waren häufig widersprechend und erschienen nicht sehr glaubwürdig, so z. B. die Angabe, daß sie die Erkrankung hervorgerufen hätte aus Furcht vor der Ehe, in der ihr irgendein eingebildetes Unheil zustoßen könne. Erhebliche hysterische Störungen konnten bei der Patientin nicht festgestellt werden. Der Würgereflex im Rachen ist zwar herabgesetzt, aber nicht in einem Maße, wie es bei schwerer Hysterie gewöhnlich gefunden wird.

1926/Fall 2. W., Maria, Landwirtschaftstochter, 27 Jahre.

Anamnese: Die Affektion an der Dorsalfläche der rechten Hand besteht seit einem Jahr. Beginn mit kleinen Bläschen, die bald zu Pusteln wurden und dann die Größe von Furunkeln erreichten. Die Bläschendecke hob sich ab, und es entstanden dann schmierig belegte, schwarze Geschwüre mit wallartig erhabenem Rand. Des öfteren soll eine starke Schwellung der Hand und des Unterarms bestanden haben. Nach 3wöchiger ambulanter Behandlung Aufnahme in die Klinik.

Befund: 6 verschieden große Geschwüre am rechten Handrücken mit aufgeworfenen Rändern und starken Nekrosen; schmierig belegt mit schwarzer Masse. Geruch intensiv nach Wagenschmier, Reaktion stark sauer. Fieber und Schüttelfrost 41°.

Verlauf: Reinigen der Ulcera mit $H_2O_2$, Granogen-Zinkpaste. Austamponieren mit Jodoformpaste und Stärkeverband der rechten Hand. Am folgenden Tage ist die Stärkebinde an der Handinnenfläche und Daumenseite losgezerrt. Abtragen der unterhöhlten Ränder und Entfernen der Sekretkruste. Ausgedehnter Stärkeverband. Rapide Besserung. Die Hauträndcr werden täglich abgetragen, um Taschenbildungen zu vermeiden. Sonst Zinkpastenverband. Die Patientin hat wieder einen Versuch gemacht, mit einer Geflügelfeder die Wunde zu verunreinigen. Eine Durchsuchung ihrer Utensilien fördert den Rest der Federn zu Tage. Die Patientin ist geständig.

Diagnose: Der Grund der artefiziellen Ulcera war das von der Patientin des öfteren hervorgehobene, angebliche Unvermögen zu arbeiten. Ihr Ausdruck und Gebärden sprechen für Hysterie.

1927/Fall 3. H., Anna, Haustochter, 17 Jahre.

Anamnese: Patientin gibt an, daß sie am Arm schon drei Jahre einen Hautausschlag habe, der nie vollständig ausheilte.

Befund: Auf der Streckseite des rechten Armes und auf dem Handrücken befinden sich ausgedehnte Exkoriationen mit einigen nekrotischen Herden, die eine scharfe und rechtwinkelige Begrenzung erkennen lassen.

Verlauf: Da die Entstehung der Ausschläge sehr zweifelhaft war, schlug man Aufnahme der Patientin in die Klinik vor. Trotz aller Bemühung und energischer Beeinflussung, trotz Versicherung der Heilung in kurzer Zeit bei klinischer Behandlung weigert sich die Patientin. Auch will der Vater mit einer stationären Beobachtung seiner Tochter sich nicht einverstanden erklären.

1927/Fall 4. K., Änne, Hausmädchen, 24 Jahre.

Anamnese: Als Kind angeblich immer gesund gewesen. Operationswunde am Leib. Im Sommer 1926 will Patientin Verkehr mit einem Knecht gehabt haben. Kurz danach soll ein Ausschlag im Gesicht aufgetreten sein, der jedesmal kurz vor den Menses erschien und mit der Regel angeblich wieder verschwand. Patientin war schon bei drei Ärzten in Behandlung.

Befund: Kräftig entwickeltes Mädchen. Gesicht: typisch hysterisch, dementer Ausdruck. Nur das Gesicht ist von der Affektion befallen. Diese besteht aus vier scharf abgegrenzten Feldern von eckiger bezw. abgerundeter Form, und zwar befindet sich ein

Herd auf der Stirn, auf beiden Wangen und über dem Kinn. Die Augen und die Mundpartie sind frei.

Verlauf: 21. II. Einbinden des rechten Armes und der rechten Hand in Gips. Salbenbehandlung der Affektion. Abdichten des Verbandes an den zugänglichen Stellen mit Leukoplast. 21. II. Abends: Patientin behauptet, das Öhrende einer abgebrochenen Nadel zufällig beim Nähen verschluckt zu haben. Dieses Nadelende sei jetzt im Magen zu spüren, wo es steche. Das wird aber in mehr trauriger als wirklich ernster Weise vorgebracht. Die Angaben erscheinen auch recht fraglich, einmal soll die Spitze, einmal das Öhr verschluckt sein. Patientin verspricht sich, behauptet dann, der Arzt habe sie nur falsch verstanden usw.

29. II. Die Affektion ist unter indifferenten Salben, unter Stärke- und losen Verbänden abgeheilt. Von der verschluckten Nadel ist nie wieder die Rede gewesen. Heute zeigt Patientin wieder einige Stellen am Abdomen, die offensichtlich manuell wundgescheuert sind. Einreiben mit Zinköl. Immerhin zeigt sich ein deutliches desiderium dimissionis. Bei der Untersuchung des von ihr mitgebrachten Eigentums findet sich ein Brief mit Ausdrücken wie ungefähr: Wenn ein gewisser Jemand nichts von sich hören lasse, griffe sie zur Pistole, der erste Schuß wäre für ihn und der zweite für sie. Außerdem hat sie alle möglichen täglichen Beschwerden und Klagen, Kopf-, Leibschmerzen usw.

8. III. Abgeheilt. Nur indifferente Salbenbehandlung. Patientin soll auf Wunsch ihre nächsten Menses hier abwarten.

20. III. Morgens 9 Uhr. In Erwartung der Menses verspürt Patientin plötzlich starkes Jucken im Gesicht, wo mehrere Kratzversuche gemacht wurden. Deshalb wird das Gesicht in Stärkeverband gelegt.

26. III. Keine Veränderungen während und nach den Menses. Um aber ein für alle Mal das Mädchen zu der Überzeugung zu bringen, daß auch das erneute Eintreten der Menstruation keine Veränderung des Gesichtes hervorrufen wird, bleibt sie nach gänzlicher Abheilung noch hier und wird nutzbringend im Klinikhaushalt beschäftigt. Daneben erfolgt täglich psychische Beeinflussung durch den Arzt. Patientin wird nochmals eindringlich verwarnt. Sie scheint ihr Vorgehen jetzt als töricht eingesehen zu haben und wird versuchsweise entlassen.

Diagnose: Artefakt, Hysterie, was man aus der schnellen Heilung und dem Verhalten der Patientin schließen kann. Näheres konnte nicht ermittelt werden.

1927/Fall 5. L., Anna, Ehefrau, 35 Jahre.

Patientin hat vor neun Monaten sich die linke Hand mit heißem Wasser verbrannt. Normaler Heilungsverlauf. Nach der Ab-

heilung dieser Brandwunde hat Patientin mit Kernseife und Persil gewaschen. Auf der ganzen Brandnarbe traten Blasen auf, die nach Abtragung in die Tiefe greifende, sulzige Geschwürsflächen erkennen ließen.

Behandlung mit Cambeeskin-Verbänden. Abheilung bis auf mehrere kleinere Ulcera, die mit indifferenten Salben weiter behandelt werden. Von Zeit zu Zeit treten jetzt Hautnekrosen auf, die in die Tiefe gehen, und nach deren Entfernung das Geschwür abheilt, um an einer anderen Stelle wieder aufzutreten. Es sind immer dieselben Stellen, die nekrotisieren, was sicherlich auf Artefakte deutet.

1927/Fall 6. L., Wilhelm, Weber, 34 Jahre.

Anamnese: Als Kind Masern, 1921 Gelenkrheumatismus mit Schmerzhaftigkeit der Gelenke ohne Schwellung. Im Juli vorigen Jahres bildete sich an der lateralen Partie der linken Augenbraue ein etwa über stecknadelkopfgroßes Knötchen, das die Haut der Umgebung fältete und dann sich mit einem trockenen, grünen Schorf bedeckte. Das Geschwür, das sich dann bildete, wurde etwa pfenniggroß. Auf Behandlung mit feuchten Umschlägen und Salbenverbänden erfolgte Rückbildung in 6 Wochen. Seit drei Wochen besteht die jetzige Erkrankung des rechten Oberlides, die in gleicher Weise entstand, wie die an dem linken Oberlid.

Befund: Das linke Geschwür ist vernarbt. Leichte Schwellung der rechten Wange und des rechten Oberlides. Über dem Letzteren sitzt ein 10pfenniggroßes Geschwür mit wallartig erhabenem Rand, der Grund des Ulcus ist tief infiltriert. Bei seitlichem Druck entleert sich Eiter. Untersuchung des Sekrets auf Spirochäten im Dunkelfeld ist negativ. Keine Drüsenschwellung im entsprechenden Bezirk.

Verlauf: Geschwür gereinigt, oberflächlicher Schorf entfernt, Verband, Heilung.

Diagnose: Das symmetrische Auftreten des zweiten Ulcus ist verdächtig auf artefizielle Entstehung und um so wahrscheinlicher, als das Geschwür in der Klinik auf ganz einfache Behandlung auffallend schnell heilte. Der Grund zur Selbstbeschädigung konnte nicht erfahren werden.

1927/Fall 7. H., Johanna, Dienstmädchen, 16 Jahre.

Anamnese: Seit September 1926 sollen die Hautveränderungen bestehen. Entstehung angeblich durch darübergegossenes Warzengift. Dadurch sei nur der Herd in der Mitte des linken Unterarms entstanden, alles andere sei „von alleine" gekommen. Bis jetzt sei noch keine Besserung der Haut eingetreten.

Befund: Auf linkem (!) Handrücken, linkem (!) Vorderarm und linkem (!) Oberarm befinden sich zahlreiche, sichtlich verätzte, gerötete, scharf konfigurierte, z. T. mit trockenen Schorfen, z. T. mit Blasen bedeckte Hautpartien inmitten gesunder Haut. An mehreren Stellen zeigen sich streifenförmige Ausläufer in das gesunde Gewebe. Offenbar ist hier die ätzende Flüssigkeit herabgelaufen.

Verlauf: Unter Bor-Zinkpaste mit Stärkeverband tritt sofort eine Abheilung ein. Eine psychische Beeinflussung wirkte bei der Patientin derart, daß sie nicht wieder erschienen ist.

1928/Fall 8. R., Elisabeth, Fabrikarbeiterin, 23 Jahre.

Anamnese: Seit 4 Wochen hat Patientin Ausschlag im Gesicht, der auf der Stirn anfing. Sie habe sich hier gestoßen an einem Stück gebeizten Holzes und führt den Ausschlag auf die Berührung mit der Beize zurück. Im Anfange habe die Affektion Jucken und Brennen verursacht. Seitdem ist die Patientin mit Salben behandelt worden.

Befund: Patientin ist in mäßigem Ernährungszustand. Auf der rechten Stirnhälfte und Wange besteht dicke, schmierige Borkenbildung. Über dem rechten Auge befindet sich eine kleine Ulceration. Die Partien unter den Borken sind leicht gerötet und zwar am Unterkieferrande in ziemlich scharf abgesetzter Weise teils älteren, teils frischeren Charakters. Das Kinn ist ebenfalls mit Borken besetzt. Die linke Wange dagegen ist nur gerötet und zeigt nur an einzelnen Stellen geringe Borken. Die Röte hat ein schmieriges Aussehen und greift hier bis auf die Halsgegend, ist aber auch ziemlich scharf abgesetzt. Unterhalb des linken Kniegelenkes bestehen 2 Ulcerationen, eine größere, die andere kleiner, ziemlich scharf ausgestanzt mit wallartig erhabenem Rand.

Verlauf: Unter Sal.-Resorcin-Umschlägen heilen alle Stellen innerhalb einer Woche völlig ab.

Diagnose: Dermatitis-Artefakt. Die Patientin arbeitet in einem Holzbetrieb und kennt wahrscheinlich die Wirkung der Beize. Die Affektion im Gesicht scheint also durch mit Beize getränkten, aufgelegten Lappen hervorgerufen zu sein. Die ziemlich scharfe Begrenzung spricht dafür, während die Ulcera am Unterschenkel durch chronische Bearbeitung mit einem Korkpfropfen, der mit der betreffenden Beize benetzt, unterhalten wurden. Eine Anfrage der Berufsgenossenschaft, ob ein Zusammenhang mit dem Unfall bestehe, wurde verneint. Offenbar legte die Patientin es darauf an, auf diese Weise ihre soziale Lage zu verbessern.

1928/Fall 9. B., Ernst, Malermeister, 28 Jahre.

Anamnese: Vor einem Jahre hatte Patient Rippenfellentzündung. Bald hinterher seien die Geschwüre entstanden, die in

14tägiger Behandlung im Krankenhaus nicht abgeheilt sind. Nach 8 Tagen trat eine derartige Verschlimmerung ein, daß Patient schließlich der chirurgischen Klinik und von dort der Hautklinik überwiesen wurde.

Befund: Normal entwickelter Mann mit äußerlich etwas krank und hinfällig wirkendem Benehmen. Auf dem Abdomen links, ebenso auf dem Rücken links, am linken Ober- und am rechten Unterarm befinden sich unregelmäßig begrenzte, z. T. konfluierende runde und längliche Ulcerationen, die mäßig tief, mit schmierigem Grund inmitten normaler Haut liegen. Das Gesicht ist vollkommen frei. Am linken Unterschenkel vorn ist ein ebensolches fast abgeheiltes Ulcus zu sehen. Auf dem Rücken befinden sich weiße, leukodermische, glatte Narben. Innere Organe und Reflexe zeigen nichts Krankhaftes.

Verlauf: Sal.-Resorcin-Umschläge. Abends Temperaturanstieg. Da Argwohn besteht, daß Patient das Thermometer hochschlägt, wird Rectalmessung vorgenommen. Hier normale Temperatur. Unter feuchten Umschlägen heilt die Affektion sehr gut. Temperatur bleibt ständig normal. Nach ein paar Tagen haben sich auf den fast abgeheilten Stellen am rechten Unterarm in der Narbe 2 Blasen gebildet, die anscheinend vom Patienten selbst verursacht sind. Nachdem alle Stellen vollständig abgeheilt sind, wird Patient darauf aufmerksam gemacht, daß die Krankenkasse nicht mehr für ihn zahlen werde, falls er sich nochmals neue Wunden beibringe. Seine Angehörigen sind über die Ursache seines Leidens aufgeklärt worden.

Diagnose: Auffallend ist, daß fast nur die linke Körperhälfte befallen ist. Der Patient muß daher die rechte Hand gebraucht haben. Nach der Lokalisation, dem Aussehen und der schnellen Abheilung der Affektion ist anzunehmen, daß es sich hier um Artefakte handelt. Die Ursache ist unbekannt. Auf Grund psychiatrischer Untersuchung aber handelt es sich um einen debilen Psychopathen mit Neigung zu Pseudodemenz und hysterischer Reaktionsweise.

1928/Fall 10. H., Emmy, Schneiderin, 24 Jahre.

Anamnese: Patientin, die wegen einer Neurodermie früher behandelt war, kommt nun mit eigenartigen Hautveränderungen in die Sprechstunde.

Befund: In der Mitte des rechten Unterschenkels über der Tibia befindet sich ein pfenniggroßes, stark infiltriertes Ulcus. Unterhalb davon ist eine halbmondförmige, scharf begrenzte Blase zu sehen, um die sich herum ein stark geröteter Hof befindet. Oben an den Innenseiten beider Unterschenkel befinden sich noch kleinere

Blasen ohne Hof. An den Fingern beider Hände Pernionen, links stärker als rechts.

Verlauf: Aus der halbmondförmigen Blase entwickelt sich ein dreimarkstückgroßes Ulcus. Nach Behandlung der Affektion mit 2%iger Pellidol- und Zinkpaste entzieht sich Patientin schnell der weiteren Beobachtung und stellt sich nicht wieder vor.

1929/Fall 11. K., Elisabeth, Hausmädchen, 28 Jahre.

Anamnese: Kinderkrankheiten keine. Spätere Erkrankungen: 1920 Typhus, 1923 Grippe und Lungenentzündung, seither besteht allgemeine Schwäche mit Magenbeschwerden, 1927 angeblicher Blutsturz, 1928 Blinddarmoperation. Die jetzige Hauterkrankung hat 1927 am linken Knöchel begonnen mit Rötung, der nach 24 Stunden eine Hautnekrose folgte. Abheilung nach dreiwöchentlichem Krankenhauslager. Nach der Entlassung entstand nach 10 Tagen eine ähnliche Stelle am linken Oberarm. Die Affektion unter der linken Brust besteht angeblich seit 14 Tagen, die ebenfalls mit begonnener Rötung in Nekrose überging. Behandelnder Arzt hat Diagnose auf Tuberkulose gestellt und schon mit 3 Salvarsanspritzen behandelt, die allerdings wirkungslos blieben.

Befund: Die Erkrankung betrifft eine Stelle unterhalb der linken Brust von viereckiger Form und die Extremitäten. Der Kopf und der Rücken sind frei. Die Stelle unterhalb der linken Brust ist etwa 7 cm breit und 9 cm lang, weist wulstige, gerötete Ränder auf und in der Mitte nekrotische Haut. Die erhabenen Ränder sind von keloidalem Charakter. Am rechten Unterschenkel befinden sich unterm Knie mehrere, unregelmäßig begrenzte, rot-blaue Stellen, die leicht erhaben sind, allmählich in die Umgebung übergehen und am Rande feine Neuentzündung aufweisen. Auf der gleichen Seite befindet sich tiefer unten eine erkrankte Stelle, die teilweise die gleichen Veränderungen aufweist, aber eine große Fläche einnimmt, z. T. zeigt die Haut Schuppung und ist im ganzen blau-rot verfärbt. An der Vorderfläche des linken Unterschenkels und des linken Oberarms befinden sich die gleichen blau-roten, leicht erhabenen, aber nur in geringer Anzahl vorhandenen Stellen, die sich als Keloide herausstellen.

Verlauf: Mit Sal.-Resorcin-Umschlägen, Borvaseline, 2%iger Pellidolpaste haben sich die Wunden gereinigt und die nekrotische Haut abgestoßen. Die Stellen am Bein sind stark gereizt mit Rötung und Blasenbildung. Es wird über starke Schmerzen geklagt. Nach Entfernung der Umschläge bestehen angeblich die Schmerzen trotzdem weiter. Objektiv leichter Rückgang der Entzündung. Es ist eine Verbreiterung der ersten Stelle nach vorn entstanden, die offenbar vom Auflegen eines zweiten reizenden Gegenstandes her-

rührt, so daß die neue Stelle im Verhältnis zur alten parallel verschoben ist. Bei Andeutungen über die Art der Entstehung der Wunden verließ die Patientin unter Protest die Klinik und leugnet, irgend etwas getan zu haben. Nach einigen Tagen wird sie jedoch auf eigenen Wunsch entlassen, obwohl die Affektion noch nicht vollständig geheilt ist. Entsprechende aufklärende Briefe werden an den behandelnden Arzt und die Angehörigen geschrieben.

Diagnose: Es handelt sich hier um einen typischen Artefakt. Leider konnte man das corpus delicti bei der Aufnahme nicht feststellen. Wie aus Briefen zu sehen ist, hatte Patientin es wahrscheinlich darauf abgesehen, sich von den Angehörigen und Bekannten dauernd bemitleiden zu lassen.

1929/Fall 12. G., Alma, Hausmädchen, 31 Jahre.

Anamnese: Bisher nie krank gewesen. Die jetzige Brusterkrankung besteht seit 1918. Im Beginn entwickelte sich nach Angabe der Patientin ein Geschwür, das incidiert wurde. Die entstandene Wunde aber heilte nicht zu. Seit drei Jahren weitere Verschlimmerung. Angeblich 4 operative Eingriffe wurden vollzogen, sonst wurden angewandt: Salbe, Umschläge, Puder, Bestrahlung, einmal auch Röntgenbestrahlung, lange Zeit Spritzen, öfter auch von den „stärksten", wie Patientin sagt. Affektion wurde schon auf Lues II u. III, Ca und Tbc diagnostiziert.

Befund: Im äußeren unteren Quadranten der linken Brust befindet sich eine dreimarkstückgroße, bräunlich verfärbte Stelle, die narbig verändert ist. Die Narbe ist etwas eingezogen, in der Mitte befindet sich eine im Durchmesser ½ cm messende Ulceration mit verdickten Rändern und glattem Geschwürsgrund. Die regionären Achsel-, ebenso die Claviculardrüsen sind nicht verdickt und nicht druckempfindlich.

Verlauf: Vorläufig Pellidollappen. Die Lues-Reaktionen im Blut sind negativ. Eine Röntgenaufnahme zeigt normalen Befund. Das Ulcus verkleinert sich unter Pellidolpaste und ist nach einer Woche schon geschlossen. Es wird der Patientin gesagt, daß es sich um ein Artefakt handelt. Sie gibt dies natürlich nicht zu, spielt aber auch nicht die Beleidigte. Es wird ihr nahegelegt, in Zukunft die Stelle in Ruhe zu lassen, da die betreffende Krankenkasse ein Gutachten erhalten habe.

Diagnose: Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine durch chronische Manipulationen in ihrer Heilung behinderte Wunde. Für das Bestehen einer luetischen oder tuberkulösen Erkrankung besteht kein Anhaltspunkt. Dagegen schloß sich die Wunde im Laufe der 7tägigen Behandlung in der Klinik vollkommen unter einfachem, abschließendem Verbande. Auf Grund einer Untersu-

chung handelt es sich um eine Patientin mit angeborenem Schwachsinn.

1929/Fall 13. D., Clara, Lehrköchin, 18 Jahre.

Anamnese: Seit 3/4 Jahren besteht die Affektion. Sowie Patientin in einer Stellung ist, tritt die Erkrankung auf, und sobald sie zu Hause ist, heilt dieselbe ab.

Befund: Der linke Handrücken ist geschwollen. In der Verlängerung des dritten Fingers befindet sich eine viereckige, scharf begrenzte Nekrose mit erhabenem Rand, die Umgebung ist gerötet und mit oberflächlichen Borken bedeckt. Daneben sieht man eine größere und eine kleinere frische Blase, die im Kommen sind.

Diagnose: Allem Anschein nach hat Patientin sich die Wunden mit einer Ätzflüssigkeit selbst beigebracht. Sie stellte sich nicht wieder vor.

1929/Fall 14. I., Agnes, Hausangestellte, 18 Jahre.

Anamnese: Patientin hat jetzige Affektion schon öfter gehabt, zuletzt im Frühjahr und zwar immer nur am linken Arm. Sie sei bestrahlt worden, seitdem bestehe die Hauterscheinung wieder.

Befund: Rings um den linken Arm sieht man strichförmige, scharf begrenzte, etwa 3 bis 4 cm breite Herde mit Rötung und starkem Nässen. Länge der Herde ca. 20 cm.

Verlauf: Unter Sal.-Resorcin-Umschlägen waren die Herde fast abgeheilt, als eine größere und zwei kleinere Stellen superinfiziert wurden.

Diagnose: Art und Sitz der Affektion führen zur Diagnose Artefakt. Ursache unbekannt.

1930/Fall 15. K., Hedwig, Haustochter, 23 Jahre.

Anamnese: Mit 14 Jahren Lungenentzündung, sonst nie krank. 1924 Verletzung des Endgliedes des 5. Fingers, Eiterung und Extirpation. Nach einem halben Jahre wurde das 2. Glied extirpiert und 1926 eiterte das Endglied, das auch extirpiert wurde. Vor 3/4 Jahren trat ein Ausschlag am Oberarm, einige Wochen später auf der linken Brust auf. Die Affektion juckt nicht, war für 6 Wochen einmal abgeheilt. Patientin gibt an, sie könne den rechten Arm nicht heben. Ferner könne sie die Finger der linken Hand mit Ausnahme des Daumens nicht selbständig bewegen. Diese beiden Bewegungsbeschränkungen behinderten sie so, daß sie sich nicht einmal allein an- und ausziehen könne.

Befund: An der linken Hand ist der Zeigefinger im Grundgelenk abgesetzt. Auf der Narbe sitzt eine etwa zweilinsengroße

Wunde. Auf dem rechten Oberarm ist die Haut in Handtellergröße gerötet, leicht infiltriert, ödematös gespannt und glänzend. An der Peripherie sieht man lamelläre Schuppung wie nach Blasenbildung, in den mittleren Partien multiple Serumknötchen auf Erosionen. Die ganze Oberfläche der linken Brust zeigt eine Dermatitis mit scharfer Grenze nach oben und nach beiden Seitenflächen und ebenso scharfer und rechtwinkliger Begrenzung an der Unterseite. Ferner befinden sich dermatitische Veränderungen auf dem linken Handrücken, wie Rötung und Schuppung.

Diagnose: Die Hauterscheinungen sind mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Selbstbeschädigungen und beeinträchtigen nicht die Erwerbsfähigkeit. Die Bewegungsbeschränkung der linken Hand und des rechten Armes haben sich unter energischer Beeinflussung wesentlich gebessert und lassen sich mit Sicherheit durch geeignete medikomechanische Übungstherapie nahezu völlig beseitigen. Die Affektionen sind ohne besondere Behandlung abgeheilt. Patientin hatte bereits Rente beansprucht.

1930/Fall 16. W., Maria, Stütze, 26 Jahre.

Anamnese: Patientin ist bisher immer etwas kränklich gewesen, hat aber arbeiten können. Vor drei Jahren hat sie eine Blinddarmoperation mitgemacht. Im Februar verletzte sie sich am rechten Unterschenkel durch Hautabschürfung. Etwas später trat hier ein Geschwür auf, das nicht heilen wollte und vom Arzt gereinigt, geätzt und schließlich bis auf den Knochen abgekratzt wurde. Danach trat Besserung ein. Seit 8 Tagen bemerkte Patientin, daß ihr rechtes Knie rot war. Sie kühlte mit essigsaurer Tonerde. Vor vier Tagen trat auch hier spontan ein Geschwür auf.

Befund: Zwischen mittlerem und unterem Drittel des rechten Unterschenkels sieht man eine viereckige Narbe mit geröteter Umgebung. Über der rechten Patella befindet sich eine zweimarkstückgroße Affektion mit scharfen Rändern, deren Mitte nekrotisch ist. Am linken Unterarm sitzt eine angeblich nach Fliegenstich entstandene, linsengroße Kruste mit geröteter Umgebung.

Verlauf: Unter Borwasser-Umschlägen, Pellidol und Bettruhe hat sich das Ulcus bis auf Zehnpfenniggröße verkleinert. Auf der Narbe am Unterschenkel ist angeblich spontan eine Blase entstanden. Incision und Zinkpaste bewirken in kurzer Zeit eine glatte Epithelisierung. Patientin wird geheilt entlassen.

Diagnose: Nach Untersuchung in der Nervenklinik könnte man bei der Patientin in Differenzen, die auf der letzten Dienststelle mit zwei Basen bestanden haben, einen Anlaß erblicken, durch eine gewollte Erkrankung diesen aus dem Wege zu gehen; auch die Besorgnis des Bräutigams und der Angehörigen könnte in diese

Richtung gelenkt haben. Einigermaßen Sicheres läßt sich aber darüber leider nicht sagen.

1930/Fall 17. Sch., Lilli, Hausmädchen, 20 Jahre.

Anamnese: Die Erkrankung besteht seit 4 Wochen.

Befund: Am linken Unterschenkel befindet sich eine scharf abgesetzte, gleichmäßige Rötung mit kleinsten Bläschen in der Größe 5 mal 7 cm.

Diagnose: Die scharf abgegrenzte Form spricht auch hier für eine vielleicht mit einem Säurelappen erzeugte artefizielle Dermatitis. Ein Antrag auf klinische Behandlung hält Patientin von einer weiteren Beobachtung für immer fern.

1930/Fall 18. B., Ludwig, Fabrikarbeiter, 34 Jahre.

Anamnese: Im Frühjahr litt Patient an Krätze. Seit einiger Zeit quält ihn ein starkes Jucken.

Befund: Auf der Haut ist außer einigen Follikutiden an den Oberschenkeln nichts zu sehen. Beim Jucken entstanden Quaddeln, bei strichförmigem Reiben dicke Auftreibungen der Striche.

Diagnose: Urticaria factitia.

1931/Fall 19. B., Maria, Haustochter, 24 Jahre.

Anamnese: Als Kind hatte Patientin Grippe, 1927 wurde der linke Daumen angeblich wegen Knochenfraß amputiert. Ostern 1930 stieß sich Patientin am linken Handrücken, wovon die 3 cm lange und 1 cm breite Narbe über der Strecksehne des Mittelfingers herrührt. November 1930 bekam sie eine apfelgroße Wunde am rechten Oberschenkel, vor 6 Wochen traten am Fußrücken Wunden auf.

Befund: Auf dem Dorsum des rechten Fußrückens befinden sich mehrere bohnengroße Wunden, die mit Krusten bedeckt sind. Patientin gibt an, die Zehen nicht krümmen zu können. Auf Zureden geht es jedoch.

Verlauf: Stärkeverband, Zinkpaste, Schiene werden angelegt. Der Verband ist vorn an den Zehen drei Finger breit offen. Nach Entfernung des Stärkeverbandes sind die Wunden alle verheilt. An der Stelle unterhalb des Loches am Verband sind jedoch zwei neue erbsengroße, flache Ulcerationen entstanden. Patientin wird verwarnt, noch einmal den Verband zu beschädigen, wonach bald die Wunden glatt und mit etwas verdickter Narbe verheilt sind. Entlassung. Eine Erklärung geht ans Wohlfahrtsamt. Das Aussehen der Wunden und die widersprechenden Angaben der Patientin sprechen mit für artefizielle Ulcera.

1931/Fall 20. S., Magdelena, Hausmädchen, 19 Jahre.

Anamnese: Als Kind hatte Patientin Masern, Scharlach, Diphtherie und Rippenfellentzündung. Nach der Schulzeit litt sie an Wucherungen, Stirnhöhlenvereiterung, Magenkatarrh und im August 1930 an Appendicitis. Die Wunde heilte erst nach einem Jahre. Die jetzigen Hauterscheinungen bestehen seit 6 Wochen. Patientin wird vom Arzt der Klinik mit folgendem Brief überwiesen: Nach der Appendektomie traten plötzlich unter heftigem Jucken markstück- bis handtellergroße, leicht erhabene Quaddeln auf, in deren Mitte sich eine Blase bildete. Anfangs dachte ich an bullöse Urticaria. Als dann aber immer neue Schübe am Stamm und den Extremitäten häufig mit Temperaturen bis 39° auftraten und teilweise nur reine Blasenbildung erfolgte, nehme ich an, daß es sich um einen Pemphigus prurigiosus handelt.

Befund: Mittelgroße Patientin in gutem Ernährungszustand. Am linken Unterarm auf Brust und Bauch, auf der Vorderseite der beiden Ober- und Unterschenkel und der Füße, auf dem Rücken in Hüfthöhe befinden sich runde, zehnpfenniggroße, scharf begrenzte Hautstellen, die meist rot sind, z. T. ausgesprochen braun und vielfach mit gelben und rot-braunen Krusten belegt sind. Innere Organe und Reflexe o. B.

Verlauf: Unter Salizylvaseline und Zinkpaste erfolgt in 7 Tagen Abheilung. Auf energische, psychotherapeutische Beeinflussung gibt Patientin an, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause, wo eine Infektion der noch nicht abgeheilten Operationsnarbe eingetreten war, die Blasen mit Ameisensäure und einem Korken hervorgerufen zu haben, um nicht wieder zurück ins Krankenhaus zu müssen. Als sie dann doch wieder in stationäre Behandlung kam, hat sie dauernd neue Stellen produziert. Jetzt gibt Patientin an, daß ihre Mutter erkrankt sei und sie sofort nach Hause kommen solle. Entlassung.

Diagnose: Schon der erste Augenschein der Erkrankung zeigte, daß es sich bei der Patientin um einen plump angelegten Artefakt handelt, der erstaunlicherweise in 7 Tagen abheilte. Die Ursache konnte nicht festgestellt werden. Ameisensäure wurde nicht gefunden.

1931/Fall 21. B., Maria, Schneiderin, 31 Jahre.

Anamnese: Vater starb an Tb mit 49 Jahren. Mutter und 4 Geschwister sind gesund. Patientin hatte Masern, Grippe und Blinddarmentzündung. 1928 erhielt sie einen Mückenstich an der Hand, worauf diese schlimmer wurde. Mit Röntgenstrahlen wegen Phlegmone behandelt, heilte die Hand, brach aber wieder auf. Nach einer viermonatigen Krankenhausbehandlung blieb die Hand eine

Zeitlang heil, brach dann aber wieder von neuem auf. Eine scheinbar vorgenommene Transplantation war ohne Erfolg geblieben.

Befund: Das mittelgroße, kräftige Mädchen hat auf dem rechten Handrücken, auf den Grundpfalangen der drei letzten Finger, über dem Handgelenk und auf der Beugeseite des Unterarms in einer Breite von 7 cm scharf begrenzte, runde, eiternde Ulcera. Innere Organe und Reflexe sind normal.

Verlauf: Auf Ätzung mit Arg.nitr., Präzipitatpaste, Zinkpaste und Stärkeverband erfolgt schnelle Abheilung. Auf eine energische psychotherapeutische Beeinflussung erzählt Patientin, die Wunden mit einem Streichholz an der Heilung gehindert bezw. neue hervorgerufen zu haben. Patientin drängt auf Entlassung. Der Grund war nicht zu ermitteln.

1932/Fall 22. N., Margarethe, Haustochter, 22 Jahre.

Anamnese: Seit zwei Jahren leidet Patientin an einer Affektion am linken Unterarm, die langsam gewachsen ist.

Befund: Am linken Unterarm ist die Haut in einer Ausdehnung von 10 mal 20 cm gerötet und zeigt zahlreiche pfennigstückgroße, ausgestanzte Ulcera mit kräftigen Granulationen, die fast rechteckige Begrenzung zeigen. Am ganzen Körper ist eine Ichthyosis mäßigen Grades zu erkennen. Es besteht kein Anhaltspunkt für eine aktive Lungen-Tb.

Verlauf: Versorgen der Wunden mit Zinkpaste. Auf psychotherapeutische Einwirkung zeigen die Ulcera gute Heilungstendenz und sind bald mit flacher Narbenbildung verheilt. Patientin wird darauf aufmerksam gemacht, daß kein Grund bestehe, daß sich noch einmal Geschwüre bildeten. Bei Neuauftreten der Affektion würde der Kasse mitgeteilt werden, daß Selbstbeschädigung vorliege. Seitdem blieb die Haut unverletzt.

Diagnose: Die Form, Lokalisation und der schnelle Heilungsverlauf der Erkrankung sprechen für artefizielle Ulcera. Die Ursache und das Mittel waren nicht zu eruieren.

1932/Fall 23. W., Wilhelm, Sattler, 28 Jahre.

Anamnese: Masern, eine Blinddarmoperation und eine Magengeschwüroperation hat Patient überstanden. Jetziges Leiden an der linken Hand besteht seit 10 Tagen. Die Hand wurde dick und sie verursachte ein starkes Brennen. Dann traten Blasen auf, aus denen sich Wasser und Eiter entleerte. Nach Vorbehandlung mit Alkoholverbänden und Schwefelsalben wurde Patient der Klinik überwiesen mit der Diagnose „bösartiges Gewerbe-Ekzem".

Befund: Auf dem linken Handrücken, unmittelbar oberhalb des Handgelenkes, am Daumen und Zeigefinger befindet sich

eine demarkierte, schwarz aussehende, nekrotische Fläche, in deren Umgebung die Haut mit Krusten und Borken belegt ist.

Verlauf: Feuchte Umschläge, Sal.-Resorcin, Zinkpaste, Salicylvaseline, Ätzung mit $AgNO_3$, Stärkeverband brachten die Wunden in 8 Tagen zur Heilung. Rezidive sind nicht aufgetreten.

Diagnose: Aus der Art der Affektion und dem jeweiligen prompten Abheilen unter Okklusivverbänden läßt sich die Diagnose Artefakt stellen. Die Ursache ist nicht zu ermitteln.

1932/Fall 24. van G., Hermann, Fabrikarbeiter, 26 Jahre.

Anamnese: Familiengeschichte und eigene Vorgeschichte ohne Besonderheiten. Die jetzige Erkrankung besteht seit 11 Monaten im Anschluß an eine Verletzung, die der Patient im Juni 1931 beim Richten eines Rohres auf dem Röhrenwalzwerk erlitten hat. Die ca. fingerbreite Schnittwunde am linken Unterarm wurde sofort versorgt und zeigte zunächst gute Heilungstendenz. Später aber, nachdem er im Spital behandelt worden, sei ein Stillstand in der Heilung eingetreten. Es seien Eiterpocken hinzugekommen und seit dieser Zeit sei der Arm andauernd entzündet. Angeblich sollen zu starke Alkoholverbände daran schuld sein. Seine jetzigen Beschwerden seien ein Ausschlag am linken Unterarm, der nicht abheilen wolle und Schmerzen in der Mukulatur, sowie Schwäche des Armes. Ferner behauptete er, infolge des Unfalls noch arbeitsunfähig zu sein, obgleich ihn schon zwei Ärzte für arbeitsfähig erklärt haben.

Befund: In der unteren Hälfte des linken Unterarms ist auf der Rückseite die Haut in über Handflächengröße verändert. Es ist auffällig, daß diese Hautveränderung eine scharfe Begrenzung aufweist von viereckiger Form. Die Haut ist an dieser Stelle blau-rot verfärbt und weist eine weißliche Schuppung auf. Diese Schuppung geht zum Zentrum der Veränderungen in eine festhaftende, weißliche Hornhaut über, die sehr dick ist. In dem veränderten Bezirk weisen die feinen Körperhaare eine auffällige Dicke und Dunkelfärbung auf, die sie von den feinen Haaren der Umgebung deutlich unterscheidet.

Verlauf: Als Behandlung wurden Zinkpaste-Verbände unter Stärkeverbandabschluß, sowie Salicylvaseline und schließlich Trockenpuder angewandt. Unter dieser Behandlung bekam die Haut annähernd eine normale Farbe. Patient war am Schluß der zehntägigen Behandlung beschwerdefrei. Auch die vorher auf Druck angegebenen Schmerzen waren nicht mehr vorhanden. Er klagte lediglich über ein gewisses Schwächegefühl. Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit von Seiten der Haut liegt bestimmt nicht vor. Ein Gutachten wird der Unfallversicherung geschickt und dringend erwünscht, daß der Patient seine Tätigkeit wieder aufnimmt,

damit die vielleicht angeblich etwas verminderten Kräfte des Unterarms baldigst wiederhergestellt würden.

Diagnose: Die viereckige Form der Hautveränderung deutet darauf hin, daß diese durch äußere Schädigung bedingt gewesen ist. Welcher Stoff und welches Mittel die Reizung hervorgerufen hat, läßt sich nicht entscheiden. Die Möglichkeit bleibt bestehen, daß irgend welche angewandte Medikamente einen Reizzustand hervorgerufen haben, andererseits muß auch daran gedacht werden, daß der Patient an der endgültigen Abheilung seines Leidens nicht das nötige Interesse zeigte und dadurch das längere Fortbestehen unterstützt hat. Jedenfalls ist es höchst auffallend, daß unter einfachem Verband, den der Patient nicht losbinden konnte, die akuten Erscheinungen sofort schwanden. Offenbar handelte es sich um einen arbeitsscheuen Drückeberger, der auf Grund seines Leidens eine Rente beanspruchen wollte.

1934/Fall 25. H., Gerda, Lehrköchin, 25 Jahre.

Anamnese: Vor einem Jahre litt Patientin an einer offenen Stelle am linken Unterschenkel, die von selbst heilte. Seit 8 Wochen bestehe jetzt am rechten Unterschenkel eine offene Wunde.

Befund: Am linken Unterschenkel median oben ist eine oberflächliche Narbe zu sehen mit zwei darunterliegenden Ulcera von Pfenniggröße. Am rechten Unterschenkel befindet sich eine apfelgroße Stelle mit zentraler Kruste und Narbenbildung, peripher mit Krusten bedeckte serpiginöse Ulcera. Varizen sind nicht vorhanden.

Verlauf: Präcipitatpaste. Am linken Unterschenkel sind hochgradige Rötung, Schwellung und Kratzeffekte aufgetreten. Sal.-Resorcin-Umschläge. Neue Kratzeffekte. Zinkleimverband, darauf Besserung und Heilung.

Diagnose: Ulcus arteficiale. Die Diagnose Artefakte ergibt sich aus der Beschaffenheit des Ulcus und dem schnellen Heilungsverlauf.

1935/Fall 26. P., Margarethe, Hausangestellte, 24 Jahre.

Anamnese: Vom 6. Lebensjahre litt Patientin an Hautausschlag am Hals, mit 18 Jahren an Rheumatismus der Schulter, des Nackens und des Oberarms, im September 1934 an schwerer Lymphangitis des rechten Beines, später an Unterleibsleiden mit Operation des retroflektierten Uterus. Im Oktober 1934 traten auf dem Rücken und auf der Glutäalgegend, anschließend am Hals, Brust, Bauch und beiden Unterschenkeln eine Hautveränderung auf, die unter Juckreiz und Behandlung mit Salben bald heilte, bald sich

verschlimmerte. Patientin gibt an, die Hautveränderung sei von selbst gekommen.

Befund: Auf genannten Stellen befinden sich markstückgroße, entzündlich gerötete kreisrunde Herde, zentrale Borken und Krusten mit Eiter, auf der Streckseite des linken Unterschenkels eine fünfmarkstückgroße, gerötete Fläche mit winzigen epidermisentblößten Stellen.

Verlauf: Behandlung mit Calmitol-Pinselung, Zinkpaste und Verband. In einer Nacht hat Patientin stark gekratzt, an vier Stellen auf dem Rücken handtellergroße, gerötete Bezirke mit punktförmiger Blutung. Gegen Juckreiz wird Menthol-Thymol-Spiritus verschrieben. Am Rücken hat Patientin erneut gekratzt, an 4 Stellen wieder Petechien. Dann ist über Nacht am rechten Unterschenkel eine 8 mal 20 cm große Rötung aufgetreten, die in der Mitte eine bläuliche Verfärbung zeigt und an der rechten großen Zehe eine wasserklare, erbsengroße, pralle Blase auf vollständig gesunder Haut. Da man Artefakte vermutet, hört nach energischer, psychischer Beeinflussung plötzlich auch das Jucken auf und Patientin kratzt nicht mehr. Die einfache Therapie bringt die kranken Stellen schnell zum Heilen; nur glatt vernarbte deutlich gerötete Stellen sind zurückgeblieben.

Diagnose: Das klinische Bild spricht auch hier für Artefakte. Näheres darüber konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

## Zusammenfassung.

Wenn seit 10jährigem Bestehen der Hautklinik von 26 Artefaktfällen die meisten Fälle in der Zeit von 1926 bis 1933 beobachtet wurden, so spielt die wirtschaftliche Not in dieser Zeit und die Eigenart der Bevölkerung Westfalens dabei vielleicht eine Rolle.

Betreffs der Genese ließen sich in 4 Fällen hysterische Stigmen nachweisen. In 2 Fällen handelte es sich um geistig beschränkte Individuen. 3 Patienten konnte man als Rentenjäger bezeichnen. Bei einer anderen Patientin war die Selbstschädigung der Grund, so aus einem Verwandtenstreit herauszukommen. In den übrigen 16 Fällen war eine psychogene Grundlage für das Verhalten der Patienten nicht festzustellen. Das Verhältnis der weiblichen zu den männlichen Artefaktträgern betrug 21 : 5. Das Vorwiegen der weiblichen Patienten dürfte wohl auf die bei diesen häufiger anzutreffende hysterische Anlage zurückzuführen sein.

| Jahre | Zahl der Patienten |
|---|---|
| 10—20 | 6 |
| 21—30 | 15 |
| 31—40 | 5 |
| 41—50 | — |

Einen eigenartigen Häufigkeitsunterschied zeigte das Vorkommen von Artefakten in den verschiedenen Lebensaltern. Mehr als über die Hälfte der Fälle fanden wir bei Patienten in der zweiten Lebensstufe.

Weiterhin ist es von Interesse, die Berufszweige zusammenzufassen, denen unsere Patienten angehörten. Dabei hat nur die niedrigstehende, arbeitende Berufsklasse zur Selbstschädigung gegriffen, nämlich vorwiegend das weibliche Dienstpersonal.

| Berufe | Zahl |
|---|---|
| Dienstmädchen | 11 |
| Haustöchter | 6 |
| Fabrikarbeiter | 3 |
| Schneiderinnen | 2 |
| Handwerker | 3 |
| Ehefrauen | 1 |

Die Methode zur Erzeugung der Artefakte konnte in einigen Fällen ausfindig gemacht werden. So war 4mal eine Verätzung (mit russischem Spiritus, Beize, Ameisensäure und einem sonstigen Ätzmittel) die Ursache. In je einem Falle wurden die Ulcera mit einer Geflügelfeder und einem Streichholz unterhalten. 5 weitere Patienten erzeugten ihre Artefakte durch Reiben und Kratzen. In 12 Fällen gelang es uns nicht, den Patienten ein Geständnis abzugewinnen. Ferner nahmen einige die Mitteilung ihrer wahren Krankheitsursache widerspruchslos hin, oder sie verließen unter irgendeinem Grunde die Klinik.

Was die Symptomatologie unserer Fälle anbetrifft, so sahen wir die verschiedenartigsten Effloreszenzen. In 11 Fällen bestand das Krankheitsbild u. a. aus vier- bezw. rechteckigen Exkoriationen oder Geschwüren mit auffallend scharfer Begrenzung gegen die gesunde Haut. Diese Form ist wohl als die charakteristischste der Artefakte zu bezeichnen. 6 Blasenbildungen fanden sich auf meist völlig intakter Haut. Ferner sah man Narbenkeloide, strich- oder kreisförmige Reibungsfiguren, Kratzeffekte und Schuppenbildungen. Ein tropfenförmiger Ausläufer in das gesunde Gewebe wies auf das herabgelaufene Ätzmittel hin.

Bezüglich der Lokalisation ergab sich folgende Verteilung:

| | |
|---|---|
| Obere Extremität | 10 Fälle |
| Untere Extremität | 5 Fälle |
| Ob. u. unt. Extremität | 1 Fall |
| Rumpf | 1 Fall |
| Rumpf u. obere Extremität | 1 Fall |
| Rumpf, ob. u. unt. Extremität | 3 Fälle |
| Hals und Gesicht | 1 Fall |
| Gesicht | 2 Fälle |
| Gesicht, Rumpf, ob. u. unt. Extremität | 2 Fälle |

Die Artefakte fanden sich neunmal auf der linken, viermal auf der rechten Seite des Körpers, neumal beidseitig, aber doch vorwiegend auch hier auf der linken Seite. In unseren Fällen liegt also eine Bevorzugung der linken Seite vor, wie sie von manchen Autoren erwähnt wurde. In 3 Fällen war das Gesicht allein befallen. Eine symmetrische Erscheinung wurde nur einmal beobachtet. Fast in allen Fällen jedoch fanden sich die Artefakte auf der Vorderseite des Körpers, nur dreimal war der Rücken mitbefallen.

Was die Therapie der Artefakte anbetrifft, so haben die einfachsten Mittel, vor allem die Stärkebinden und Gipsverbände der Hände und der betroffenen Hautstellen in der Klinik stets zum Ziele geführt.

## Literaturverzeichnis.


1. Aigner: Die Stigmatisierte von Konnersreuth, Münch. med. Wschr. 1927 S. 1735.
2. Bettmann: Hautkrankheiten, Verlag: G. Thieme, Leipzig 1922.
3. Bettmann: Deutsche med. Wschr. 1919 Nr. 10 u. 11, S. 260 u. 294.
4. Brauer: Absichtlich erzeugte Hauterscheinungen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1917 Bd. 124 S. 595.
5. Bunnemann: Über psychogene Dermatosen. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatrie u. Neurolog. 1922 Bd. 78.
6. Bunnemann: Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen, ebendortselbst, 1924 Bd. 88.
7. Callomon: Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Verl. G. Thieme, Leipzig 1928.
8. v. Crippa: Arch. f. Derm. u. Syph. 1916 Bd. 23.
9. Dieulafoy: Pathomimie, Ref. i. Monatsheft f. prakt. Dermatol. 1908 Bd. 47.
10. Forster: Handbuch der Neurologie, Verl. J. Springer, Berlin.
11. Heller u. Schultz: Über einen Fall von hypnotisch erzeugter Blasenbildung. Münch. med. Wschr. 1909 Bd. I, S. 2112.
12. Jacobi, W.: Die Stigmatisierten. Beitrag zur Psychologie der Mystik. München: J. F. Bergmann 1923.
13. Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1882.
14. Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin. Verl. Ferd. Enke, Stuttgart 1919.

15. Kohnstamm: Zwecktätigkeit und Ausdruckstätigkeit. Leipzig, Berlin: Engelmann 1913.

16. Kraepelin: Der Hysteriebegriff. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1913, Bd. 18, S. 261.

17. Kreibich u. Sobotka: Experimentelle Beiträge zur psychogenen Urticaria. Arch. f. Dermatol. 1909 Bd. 97, S. 187.

18. Kretschmer: Über Hysterie, Leipzig 1927, Verl. G. Thieme.

19. Kutzinski: Hysterie, Verl. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien.

20. Lewandowski: Hysterie, Berlin 1914.

21. Mucha, V.: Nekrosen, Gangrän, Geschwüre. In Jadassohn's Handbuch der Haut- und Geschlkr. Berlin 1928, Bd. VI/II.

22. Mayr, J. K.: Psychogenese von Hautkrankheiten. Zentralbl. f. Haut- und Geschlkr. 1927, Bd. 23.

23. Perutz: Neurosen der Haut. In Arzt u. Zieler's: Die Haut- u. Geschlkr. Berlin-Wien 1935, Bd. III.

24. Polland: Dermatol. Zeitschrift 1919 Bd. 28, S. 77.

25. Sack, W. Th.: Psyche und Haut. In Jadassohn's Handbuch der Haut- u. Geschlkr. Berlin 1933, Bd. IV/II.

26. Schindler, R.: Nervensystem und spontane Blutungen: Berlin: S. Karger 1927.

27. Scholz: Diagnose, Differ.-Diagnose u. Behandlung der Haut- u. Geschlkr. Verlag S. Hirzel, Leipzig 1930.

28. Schwarz, O.: Psychogenese u. Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien: J. Springer 1925.

29. Török: Die Lehre von der Angioneurose und hämatogenen Hautentzündung. Dermatol. Zeitschrift 1910 Bd. 17.

## Lebenslauf.

Am 11. Februar 1912 wurde ich als Sohn des Schneidermeisters Otto Meyer und seiner Ehefrau Josefine geb. Hüsing in Cloppenburg i. Oldbg. geboren. 8 Jahre besuchte ich die Volksschule und kam anschließend in die Untertertia des Realgymnasiums zu Cloppenburg. Ostern 1932 bestand ich die Reifeprüfung. Ab Wintersemester 1932/33 studierte ich 7 Semester Zahnheilkunde an der Universität in Münster (Westf.), wo ich im Wintersemester 1933/34 die zahnärztliche Vorprüfung und am 5. Mai 1936 die zahnärztliche Staatsprüfung bestand.

---

Es ist mir noch eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. J. K. Mayr für die Überlassung des Themas und die Förderung meiner Arbeit an dieser Stelle zu danken.

---